



Lista de términos definidos

Lista de términos definidos

Afiliado

Uno de los afiliados de su familia inscrito en Healthy Families Program.

Año de beneficios

El período de 12 meses entre el 1° de julio y el 30 de junio.

Apelación

Pedir la reconsideración de una decisión de Healthy Families Program.

Arbitraje obligatorio

Un acuerdo entre algunos planes de seguro y los afiliados para que las disputas de atención médica sean revisadas por una persona neutral. Después de revisar todos los datos y de escuchar a ambas partes, la persona neutral toma una decisión. Ambas partes acuerdan aceptar la decisión.

Asistente certificado para solicitudes (CAA)

Persona capacitada para ayudarlo de manera gratuita a llenar la solicitud para Healthy Families Program.

Aviso de La Ley de portabilidad y responsabilidad de la información de Salud (HIPAA)

El aviso de HIPAA menciona los meses autorizados de cobertura acreditable para su hijo durante el tiempo que esté en el programa con el fin de permitir a su hijo otra cobertura de seguro de médico, después de dejar Healthy Families. Si su hijo tuvo 18 meses de cobertura en Healthy Families, esta cobertura acreditable puede utilizarse para cancelar cualquier exclusión por condiciones preexistentes o períodos de espera cuando se cambie de Healthy Families a un plan de seguro médico nuevo. (Lea la página 30)

Beneficios

Los servicios médicos, dentales y de la vista que recibe su hijo bajo Healthy Families Program.

Cancelación de inscripción

La terminación de la afiliación a Healthy Families Program.

Certificado de seguros (COI)

Folleto que los planes de visión, dental y de salud envía a los nuevos inscritos que contiene información detallada acerca de los beneficios del Healthy Families Program, cómo obtener beneficios y los derechos y responsabilidades de los afiliados de Healthy Families Program.

Lista de términos definidos

Cobertura

Los servicios proporcionados por un plan de seguros que participe en Healthy Families Program.

Consultas infantiles de rutina

Servicios médico, dental y de la vista, como inmunizaciones y exámenes físicos, dentales y de la vista. Estos chequeos son necesarios para ayudar a las familias a mantenerse saludables.

Copago

El pago que el afiliado hace al momento de recibir ciertos servicios, como consultas médicas y medicamentos de receta.

Cuota

La cantidad que se debe todos los meses por los niños afiliados a Healthy Families Program.

Dentista personal

El dentista elegido por el solicitante que estará a cargo de la atención dental de la familia.

Determinación de requisitos

Una decisión tomada que establece si se reúnen, o no, todos los requisitos para la cobertura de Healthy Families Program.

Especialista

Un médico cuya capacitación y experiencia son en un área particular de la medicina.

Evidencia de cobertura (EOC)

Folleto que los planes de seguro médico, dental y de la vista envían a los nuevos afiliados, que contiene información detallada acerca de los beneficios del Healthy Families Program, cómo obtener beneficios y los derechos y responsabilidades de los afiliados de Healthy Families Program.

Exclusión

Un servicio o padecimiento que no está cubierto por un plan de seguros bajo Healthy Families.

Fecha de aniversario

La fecha en que una persona tiene que enviar información a Healthy Families para volver a reunir los requisitos para el programa.

Fecha de comienzo de cobertura

El primer día que un afiliado puede empezar a utilizar los servicios en Healthy Families Program.

Formulario de reevaluación de cuota

El formulario puede presentarlo un solicitante cuando hayan cambiado sus ingresos o deducciones para averiguar si Healthy Families Program puede reducir las cuotas mensuales. El formulario también puede usarse para pedir que la solicitud sea enviada a Medi-Cal Program, para una determinación de derechos a Medi-Cal sin costo.

Fuera de la red

Un servicio proporcionado por un médico, dentista u otro proveedor que no tiene contrato con el plan de seguros de su familia.

Guía de comparación de calidad de los planes

Una guía que ofrece un resumen del desempeño de los planes participantes de salud y dentales al proporcionar atención y servicios al cliente para los afiliados de Healthy Families.

Ingresos del hogar

El total de ingresos de los afiliados de la familia dentro del hogar, después de las deducciones requeridas y antes de los impuestos.

Inscripción abierta (OE)

Un período de tiempo (del 15 de abril al 30 de mayo todos los años) en que una familia puede solicitar un cambio de plan de seguros por cualquier motivo. Comienza el 1° de julio

Ley general consolidada de reconciliación de presupuesto (COBRA)

COBRA es la ley federal que ofrece a las personas, bajo ciertas circunstancias y por tiempo limitado, el derecho a continuar su cobertura en un plan de seguro médico para empleados.

Ley para los estadounidenses con discapacidades (ADA)

La sección 504 de la ley de rehabilitación de 1973, que establece que ninguna persona discapacitada, con motivo de su discapacidad, será excluida ni de ninguna manera discriminada de ningún programa o actividad que reciba o se beneficie de la asistencia financiera federal. (Lea la página 36)

Medi-Cal con costo compartido

Un programa de Medi-Cal que exige al afiliado pagar cierta cantidad de los gastos médicos todos los meses antes de cubrir beneficios. El costo compartido se calcula de acuerdo con los ingresos mensuales.

Medi-Cal de alcance completo sin costo

El programa Medi-Cal que paga por todos los servicios sin requerir ningún pago o copago del afiliado.

Médico personal

El médico, elegido por el solicitante, que estará a cargo de la atención médica de su familia y quien preautorizará las consultas a los especialistas como sea necesario.

Menor

Persona menor de 18 años de edad.

Lista de términos definidos

Organización de mantenimiento de la salud (HMO)

Un sistema organizado que ofrece un conjunto de servicios de atención médica a los afiliados del plan en un área geográfica.

Organización de proveedores exclusivos (EPO)

Un plan de seguro médico en el cual los afiliados deben obtener atención de una lista de proveedores contratados. Una EPO no requiere que usted elija un médico personal. Los afiliados también pueden autorizarse ellos mismos para ver un especialista en la red de contratos de la EPO.

Optometrista personal

El optometrista elegido por el solicitante, que estará a cargo de la atención de la vista de la familia.

Padecimiento preexistente

Cualquier padecimiento diagnosticado antes de la afiliación en Healthy Families Program, para el cual un practicante médico autorizado recomendó o proporcionó consejo médico, diagnóstico, atención o tratamiento, incluyendo el uso de medicamentos de receta durante ese período.

Patrocinador

Una persona o entidad inscrita en la Junta de seguros médicos de riesgos administrados (Managed Risk Medical Insurance Board (MRMIB) y que paga la cuota de una familia a nombre de un solicitante por cualquier período de doce (12) meses en el programa.

Pautas de ingresos federales (FIG)

Las Pautas de ingresos federales son los niveles de ingresos que las familias necesitan para reunir los requisitos de Healthy Families. Las pautas cambian el 1º de abril de cada año.

Plan de poblaciones especiales

Una combinación de planes de seguro médico, dental y de la vista disponible para los Indios americanos y también familias empleadas en trabajos de temporada en agricultura, pesca o forestal. Esta combinación de planes está disponible en todo el estado y le permite conservar los mismos planes de seguro médico, dental y de la vista, incluso si se traslada alrededor del estado debido a los trabajos de temporada.

Plan de seguros

Una compañía de servicios médicos, dentales y de la vista que ofrece cobertura a los afiliados.

Lista de términos definidos

Plan proveedor comunitario

El plan de seguro médico del condado que ha realizado la mejor labor para incluir proveedores tradicionales y de red de protección. Los proveedores tradicionales y de red de protección son los médicos, clínicas y hospitales que han proporcionado atención médica a las familias sin seguro.

Programa Acceso para bebés y madres (AIM)

Este programa es para mujeres embarazadas sin seguro, cuyos ingresos familiares están entre el 200% y el 300% de las Pautas de ingresos federales. El hijo de una madre inscrita en AIM reúne los requisitos automáticamente para Healthy Families Program, a menos que el niño haya tenido un seguro médico patrocinado por el patrón durante los últimos 3 meses.

Reúne los requisitos

Satisface todos los requisitos para la cobertura de Healthy Families Program.

Revisión anual de requisitos (AER)

El proceso anual de confirmación de derechos continuos de Healthy Families Program.

Seguro médico patrocinado por el patrón

Un beneficio ofrecido por el patrón, a bajo costo o sin costo para sus empleados, que incluye la cobertura de un plan de seguro médico.

Servicios infantiles de California (CCS)

Este programa ofrece servicios de diagnóstico, tratamiento y administración de casos a niños menores de 19 años de edad con padecimientos médicos, dentales o de la vista, que cumplan con los criterios médicos y residenciales de derechos de CCS.

Solicitante

El padre natural o adoptivo, tutor legal o pariente a cargo o padrastro con quien vive un niño que solicita la cobertura a nombre del niño. El solicitante también puede ser un menor que no viva en la casa de sus padres naturales o adoptivos, tutor, pariente a cargo, padre de crianza o padrastro, y que solicite la cobertura a nombre de su hijo o para sí mismo.

